



Gérontopôle & Institut des Sciences du Vieillessement

Gérontopôle / UMR 1027 - Inserm Université de Toulouse



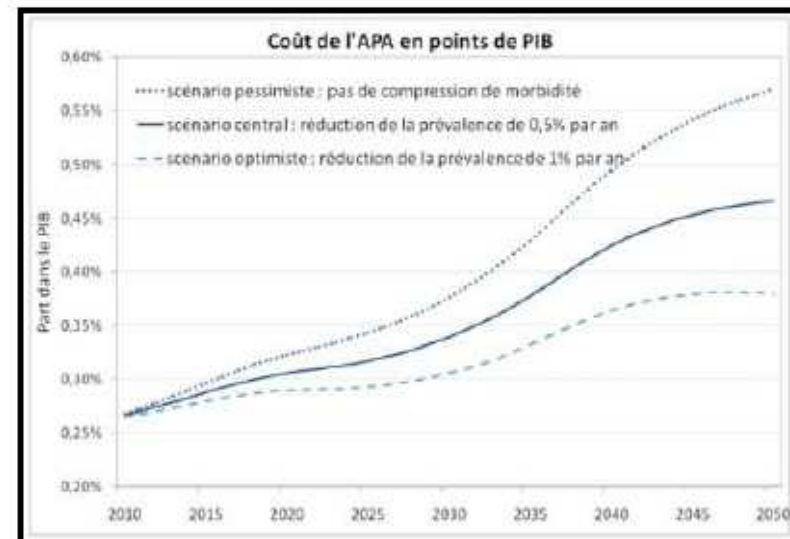
Espérance de vie/Espérance de vie sans incapacité en Europe-Données 2010

Pays	Espérance de vie		Espérance de vie sans incapacité	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Autriche	77,9	83,5	59,3	60,7
Bulgarie	70,2	77,4	63,0	67,2
Rép. tchèque	74,5	80,9	62,2	64,6
Danemark	77,2	81,4	62,3	61,9
Estonie	70,7	80,8	54,0	58,1
Finlande	76,2	83,5	58,5	57,8
France	78,2	85,3	61,9	63,5
Allemagne	78,0	83,0	57,9	58,6
Suède	79,6	83,6	71,7	71,0
Lituanie	68,0	78,9	57,7	62,3
Malte	79,1	83,6	70,2	71,6
Rép. Slovaque	71,7	79,3	52,3	52,1
Pays Bas	78,9	83,0	61,1	60,2
Espagne	79,0	85,3	64,3	63,7

Une population à risque d'entrée dans la dépendance (2)

Un Impact financier majeur

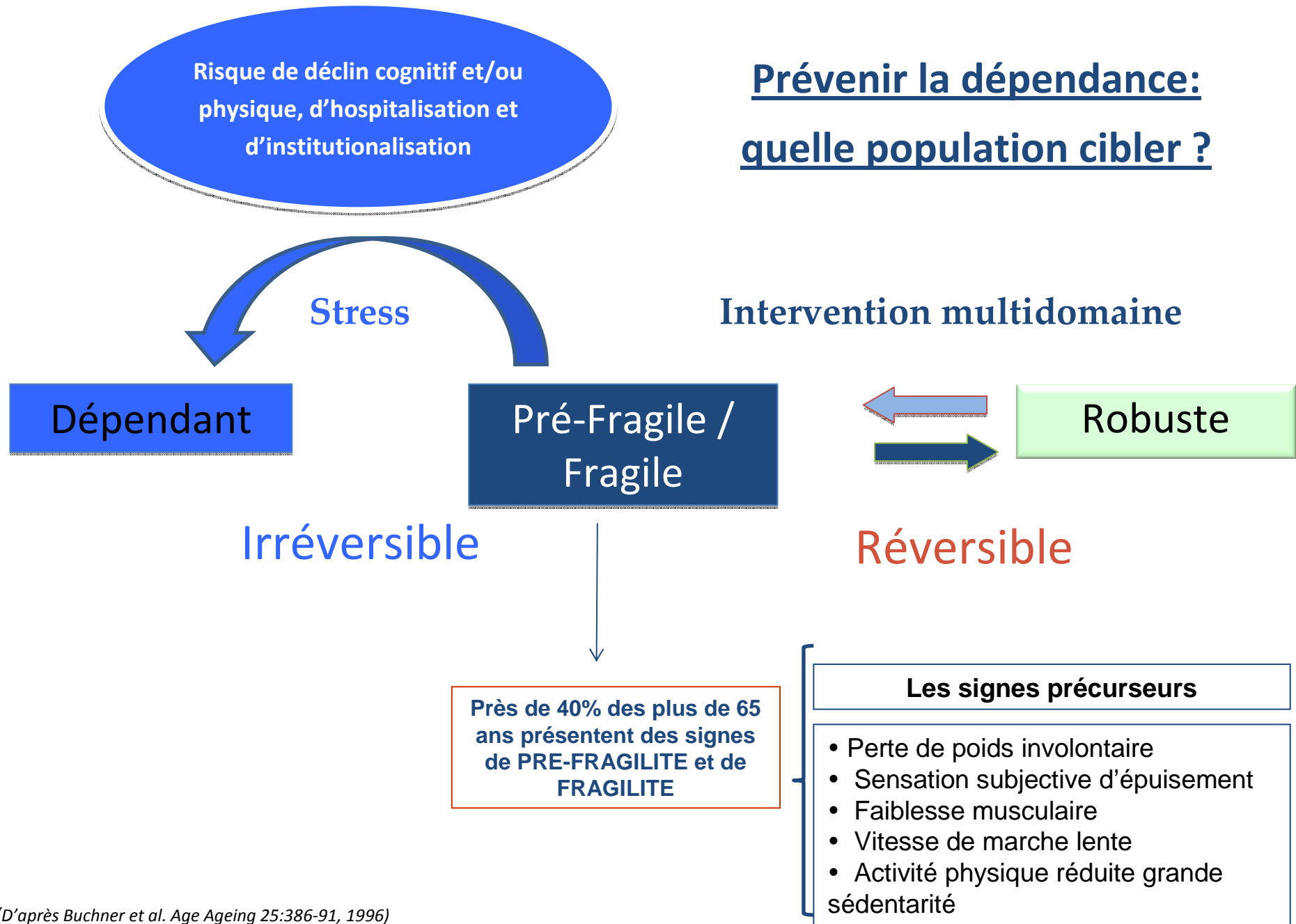
- Coût de la dépendance supporté par les départements, la Sécurité Sociale et la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) = **près de 25 milliards d'euros** (Rapport d'information parlementaire)
- Prévention de la dépendance en France, possible économie à terme **10 milliards d'euros** (Assemblée des départements de France (ADF), Mai 2011)



« Implications démographiques qui imposent des choix sociaux, politiques, économiques et éthiques »

Historique de la Médecine Geriatrique

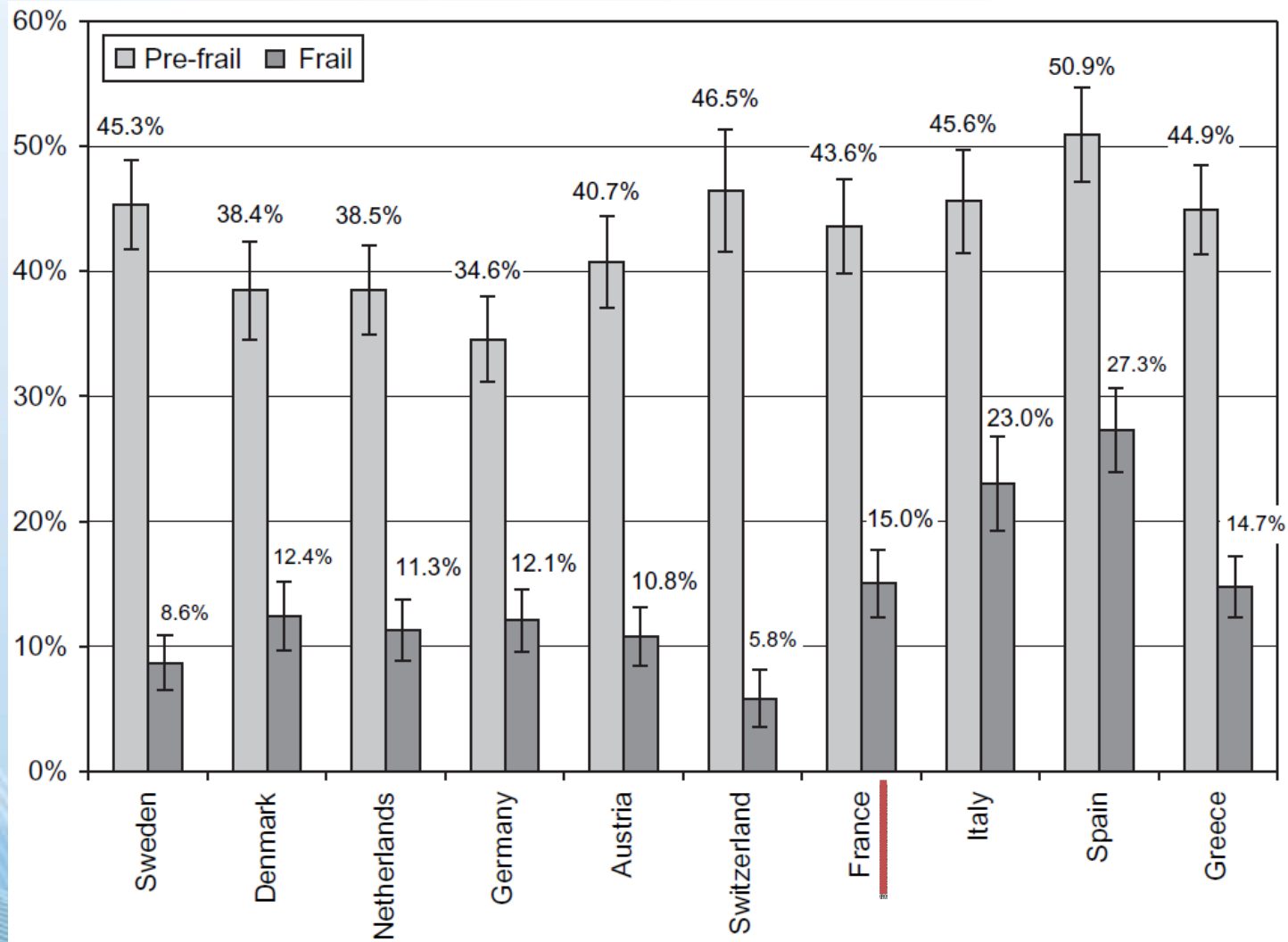
- « La médecine Gériatrique est née du fait qu'ont été adressés à partir des années 70 dans les services d'urgence de nos hôpitaux des personnes âgées polypathologiques, dépendantes que personne ne savait , voulait ou ne pouvait s'en occuper »
- De plus en plus nombreuses
- Depuis les années 2000 création de véritables filières gériatriques avec court séjour, SSR, USLD, hôpitaux de Jour, équipes mobiles, CS mémoires, UCC...
- Que faire ? Doubler les capacités ?
- Ne plus subir mais anticiper



(D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996)

PREVALENCE OF FRAILITY IN OLDER PEOPLE

without disability (classified as prefrail and frail by country)



*La Ministre des Solidarités
et de la Cohésion sociale*

*La Secrétaire d'Etat auprès du
Ministre du Travail, de l'Emploi,
et de la Santé, en charge de la santé*

Cab RBN - GFD/JM D 12-1217

Paris le, **23 FEV. 2012**

Monsieur le Professeur,

Depuis 2007, le Gérontopôle de Toulouse a été missionné à deux reprises par les ministres en charge de la santé et des personnes âgées pour mener des travaux de recherche et des actions de prévention dans le domaine du vieillissement. Cette structure innovante est aujourd'hui reconnue comme un pôle de référence gériatrique au niveau national et international.

Dans la continuité du débat national sur la dépendance et au vu de la qualité des travaux réalisés par les équipes du Gérontopôle présentés en janvier 2012, nous souhaitons que vous poursuiviez le travail engagé en élargissant votre expertise sur la fragilité et de la préservation de l'autonomie des personnes âgées.

En effet, avec le vieillissement, se développent les fragilités et les pathologies chroniques à l'origine du déclin fonctionnel physique, cognitif et sensoriel. Ces déficits fonctionnels réduisent les capacités d'autonomie des personnes âgées et aggravent les risques notamment d'accidents domestiques, comme les chutes. Il nous apparaît, dès lors, important de recentrer les actions sur les personnes âgées fragiles à risque élevé de perte d'autonomie.

A partir des actions de recherche et d'intervention actuellement menées par le Gérontopôle autour de cette thématique en Midi-Pyrénées, nous souhaitons que votre nouvelle mission couvre quatre nouveaux segments à des fins de modélisation et de généralisation à l'ensemble des régions :

- le repérage des personnes fragiles en population générale grâce à la mise à disposition d'outils simples et validés pour les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées : médecins généralistes, professionnels des soins et de l'aide à domicile ;
- les conditions d'évaluation et de traitement des fragilités liées à l'avancée en âge, appuyées notamment sur les ressources existantes, avec leur périmètre d'intervention, le contenu de la prise en charge et l'évaluation de leurs efficacités ;

- le développement de la recherche clinique sur la fragilité et les pathologies invalidantes liées au vieillissement afin de prévenir les situations à risque et de favoriser l'innovation en matière de prise en charge ;
- une modélisation de l'étude menée au CHU de Toulouse autour de la prévention de la dépendance induite par les soins avec l'objectif de construire et de diffuser aux établissements de santé des outils opérationnels afin de prévenir la dépendance évitable (indicateurs de mesure de la dépendance « évitable » induite par les soins, formation des professionnels et coordination des services hospitaliers, médecine de ville et services du domicile).

Cette mission confiée au Gérontopôle devra s'articuler avec les travaux du comité national de coordination de la politique publique de prévention de la perte d'autonomie que nous avons décidé d'installer. Ce comité, chargé de définir les axes stratégiques et prioritaires de la politique de prévention et d'en suivre la mise en œuvre, réunira tous les ministères concernés et les opérateurs nationaux. Le Gérontopôle sera force de proposition et mettra notamment à la disposition du comité national des outils méthodologiques et de suivi des actions.

Pour mener à bien ces quatre axes de travail, le Gérontopôle bénéficiera d'un financement à 5 ans de crédits de recherche clinique et d'innovation.

Le Gérontopôle doit produire avant le 1er mars 2012 un projet détaillé de mise en œuvre des objectifs de la mission (conditions humaines, techniques, méthodes, calendrier de mise en œuvre).

La restitution des travaux de la mission est prévue en trois phases :

- un premier rapport à remettre avant fin mars 2012 sur les premiers résultats des travaux du Gérontopôle sur les quatre axes ci-dessus ;
- un second rapport en novembre 2012 qui proposera des modalités opérationnelles de repérage, d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées fragiles ;
- entre 2012 à 2016, le Gérontopôle devra apporter son appui scientifique et méthodologique au comité national de la prévention sur les thématiques suivantes : accompagnement, formation, modélisation, évaluation et suivi des actions mise en œuvre en régions.



Nora BERRA



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Intervention efficace sujet agé

1. *Ciblée*

2. *Forte*

3. *Prolongée*

Outil de repérage

Personne à prévenir pour le RDV :

Nom :

Lien de parenté :

Tél :

Nom du médecin traitant :



Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR PERSONNES AGEES FRAGILES
 Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL 6 /6), à distance de toute pathologie aigue.
 DEPISTAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Si vous avez répondu **OUI** à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile:

OUI

NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour :

OUI

NON

Dépistage réalisé le : _____

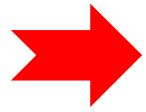
Rendez-vous programmé le : _____

Médecin traitant informé OUI NON

Pour la prise de rendez-vous : **Contactez le 05.61.77.66.29**

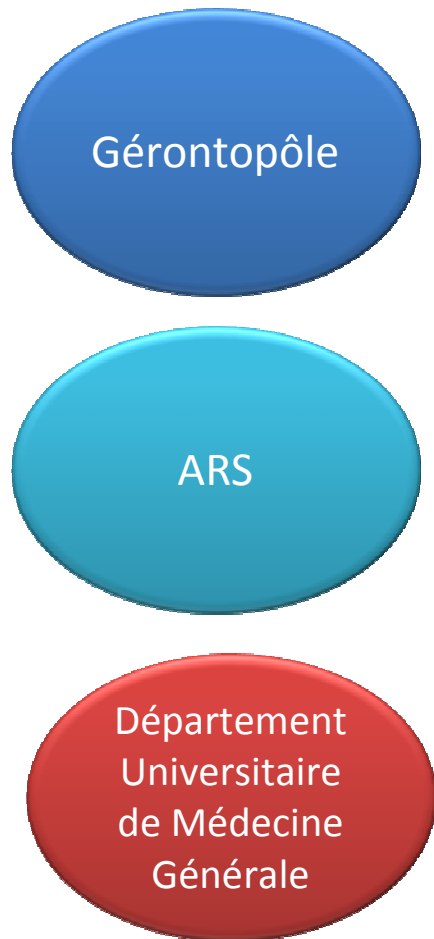
2. Une Intervention Forte

- *« Appuyées notamment sur les ressources existantes, avec leur périmètre d'intervention, le contenu de la prise en charge et l'évaluation de leurs efficacités »*
- *Plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance à partir des hôpitaux de jour*

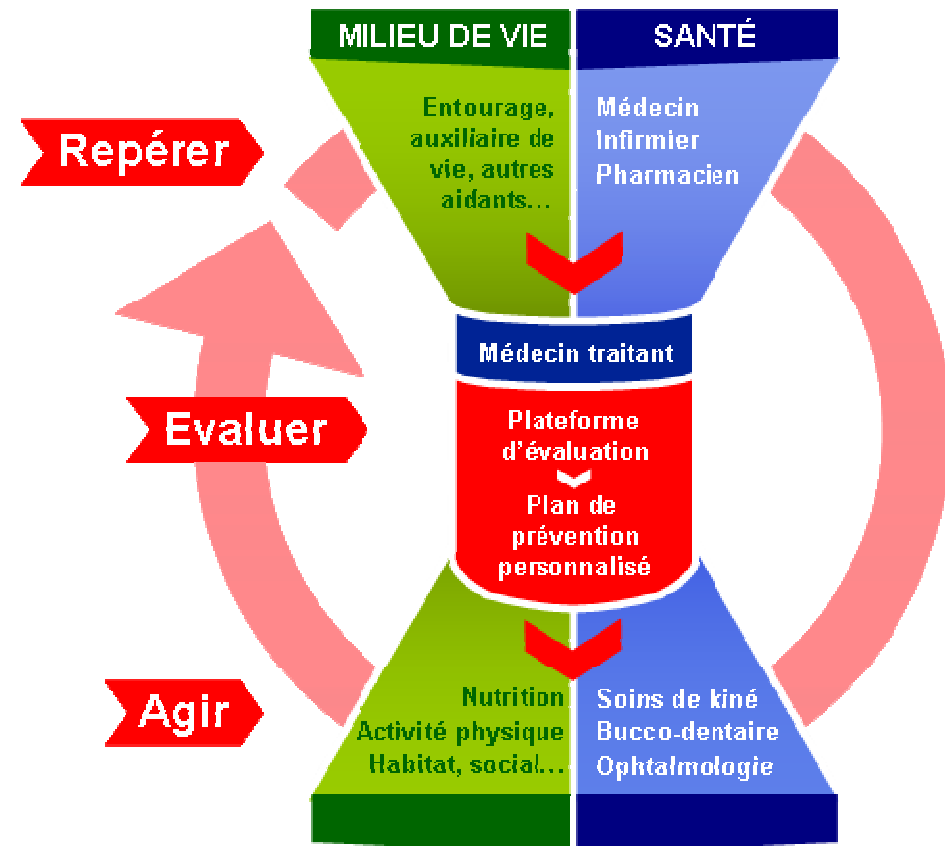


Plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance

Trois partenaires



Trois étapes



Résumé de l'évaluation de la fragilité

- **Partie I – ANAMNESE**

- Caractéristiques sociodémographiques
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Evaluation du facteur de risque vasculaire
- Comorbidités : index CIRSG
- Traitements +++

- **Partie II – EXAMEN CLINIQUE**

- Examen clinique
- DEXA

- **Partie III - TESTS**

- Evaluation cognitive : MMSE, CDR
- Evaluation fonctionnelle et performances physiques : IADL, SPPB, critères de Fried
- Evaluation des capacités visuelles : échelles de Monoyer et Parinaud, Grille d'Amsler
- Evaluation des capacités auditives : HHIES
- Evaluation des troubles de l'humeur et de l'anxiété : échelles de Raskin et Covi
- Evaluation du statut nutritionnel (MNA) et de l'état bucco-dentaire

- **Partie IV – EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- Biologie
- ECG

- **Partie V – SYNTHÈSE**

Elaboration du Plan de prévention

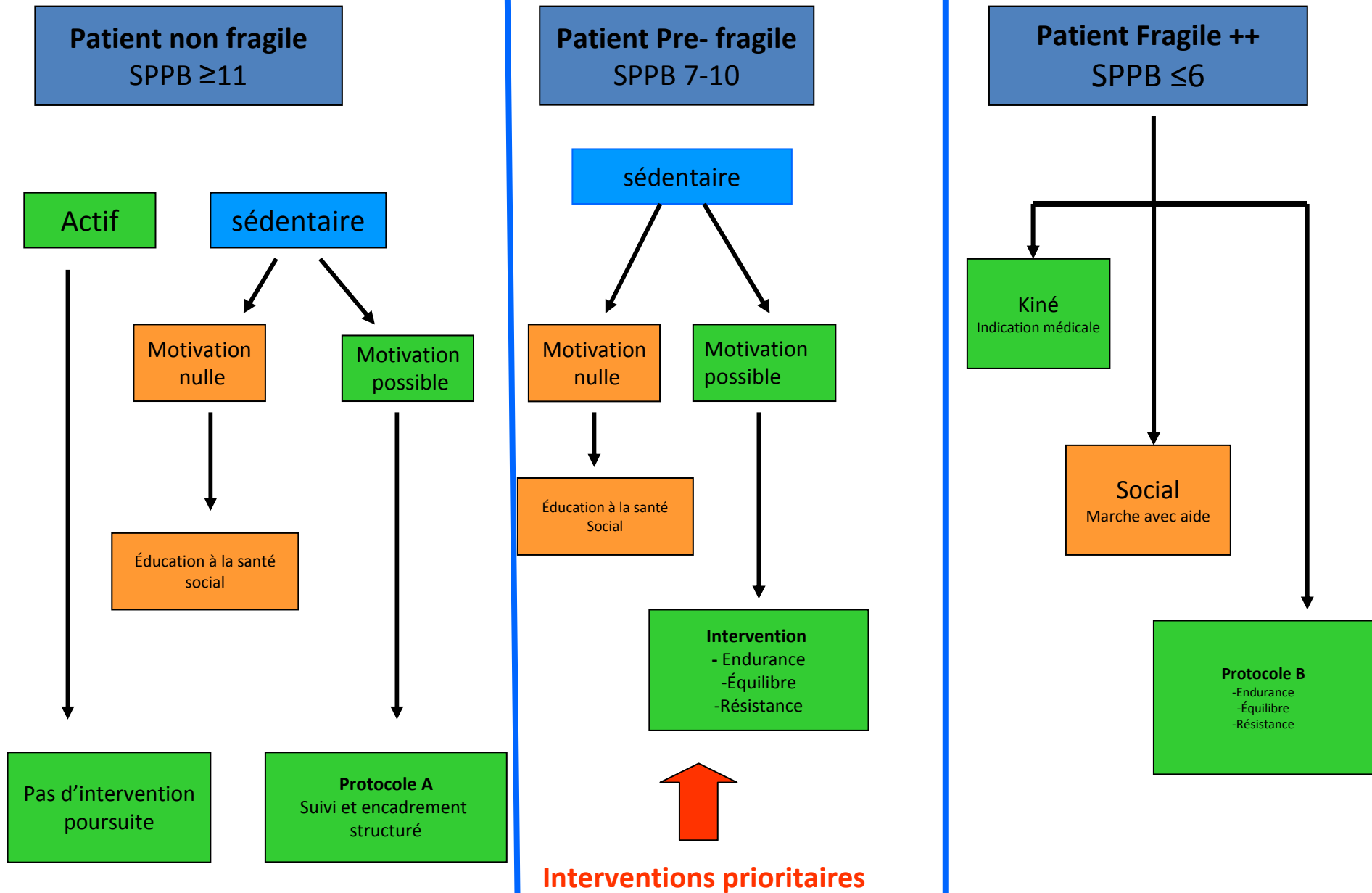


Intervention efficace sujet agé

1. *Ciblée*

2. *Forte*

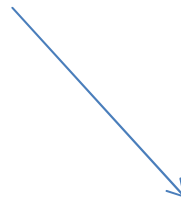
3. *Prolongée*



Fonctionnement de la plateforme



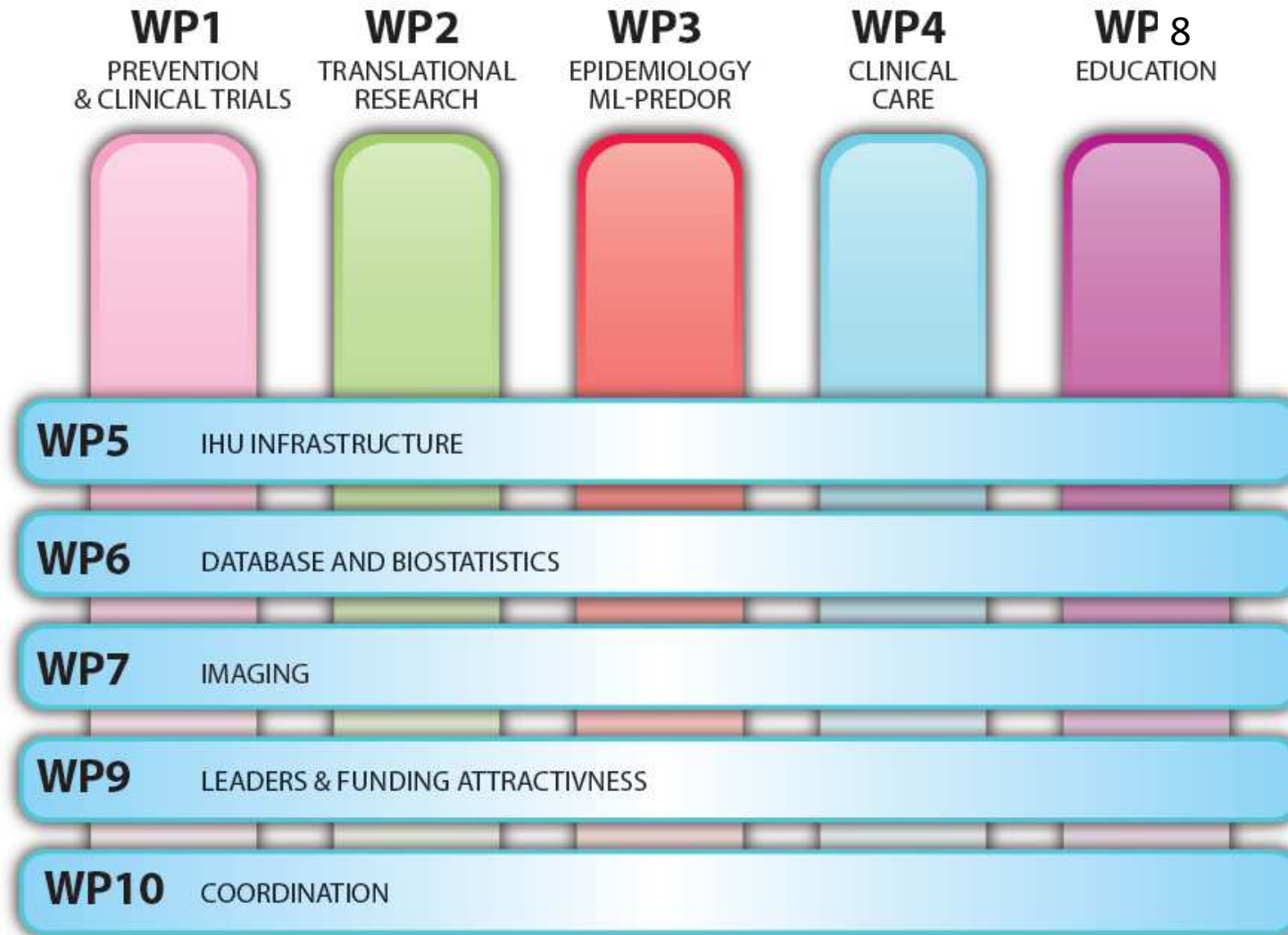
2011 : Hôpital Garonne



Début 2013 : Hôpital La Grave

En centre ville

A proximité du Centre de
Recherche du Gérontopôle



Votre santé, notre priorité.

Fragilité des personnes âgées : dépister et prévenir pour bien vieillir

Avec le vieillissement, apparaissent des fragilités et des pathologies chroniques pouvant entraîner une réduction de l'autonomie et mener peu à peu à la dépendance. Prévenir et dépister ces fragilités auprès des personnes de 65 ans ou plus est donc essentiel pour améliorer et/ou maintenir leur qualité de vie.

Depuis les années 40, l'espérance de vie à la naissance s'est considérablement allongée (de 65 à 84,5 ans pour une femme et de 60 à 77,8 ans pour un homme)*. Mais vivre plus longtemps ne signifie pas forcément en pleine capacité de ses moyens et en complète autonomie.

La dépendance ou les incapacités, une fois installées, sont rarement réversibles. Il est donc essentiel de savoir reconnaître les signes des fragilités qui vont précéder la perte d'autonomie pour la prévenir. Parmi les plus de 65 ans, 40% présentent des critères de fragilité.

Depuis 2007, le Gériatopôle de Toulouse, reconnu comme un pôle de référence gériatrique au niveau national et international, a été missionné par les ministres en charge de la santé et des personnes âgées pour élargir son expertise autour de la fragilité et de la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Les ressources sont actuellement essentiellement mobilisées sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il est cependant important que la prise en charge débute à un stade plus précoce et encore réversible.

Cette prise en charge est désormais possible dans le cadre de la «Plate-forme d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance». En amont, la prévention et la détection des signes de fragilité restent le moyen le plus efficace pour bien vieillir.

Dans ce contexte, la Mutualité Française Midi-Pyrénées s'investit aux côtés du Gériatopôle pour sensibiliser les personnes âgées mais aussi leur famille, leurs amis, les médecins, les aides à domicile, les professionnels de soins, à ces signes de fragilité.

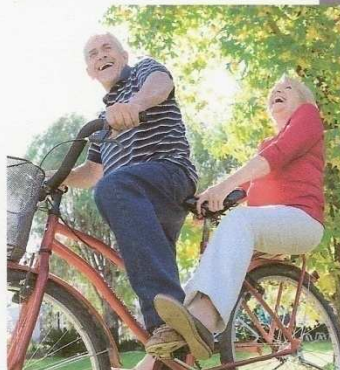
Une fois repérés, ces signes permettent d'évaluer le niveau de perte d'autonomie de la personne, d'intervenir, de ralentir voire de traiter leurs effets.

Vous avez 65 ans ou plus et au cours de ces derniers mois :

- Vous avez perdu du poids ?
- Vous vous sentez plus fatigué ?
- Vous avez plus de difficultés pour vous déplacer ?
- Vous vous plaignez de votre mémoire ?
- Vous marchez moins vite ?

Si vous répondez «oui» à au moins une de ces questions, parlez-en à votre médecin généraliste.

C'est le moment d'agir !



* www.ensembleprevenonsladeldependance.fr



MIDI-PYRÉNÉES



Pr S. Oustric

Pr B. Vellas

INTERVIEW DE PR BRUNO VELLAS, RESPONSABLE MÉDICAL DU GÉRONTOPOLE DE TOULOUSE ET DE PR STÉPHANE OUSTRIC RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1. En quoi consiste le dispositif «Plate-forme d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance» ?

L'objectif de cette plate-forme est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles. La première étape est de sensibiliser les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées (famille, infirmière, médecin généraliste traitant, aide à domicile, pharmacien...) au repérage des principaux signes de fragilité : fatigue, lenteur à la marche, perte de poids, sédentarité, troubles de la mémoire ou difficultés pour se déplacer. Les médecins généralistes traitants sont des acteurs majeurs dans cette démarche de repérage de la fragilité.

Une fois ce repérage réalisé, le patient peut être orienté vers la Plate-forme par son médecin généraliste traitant où une évaluation complète des capacités physiques, de la mémoire, des troubles visuels et auditifs, de l'alimentation, de l'autonomie, de l'environnement social... sera réalisée pour rechercher des causes de fragilité. Un plan d'intervention personnalisé sera alors élaboré sur le long terme en lien étroit avec le médecin généraliste traitant.

2. Qu'appelle-t-on des «fragilités» ?

Il existe 3 catégories de séniors : les séniors en bonne santé (la majorité), les sujets fragiles et ceux qui sont déjà dépendants. Avec le vieillissement, on assiste en effet au développement des fragilités et des pathologies liées à l'âge. Les signes de fragilité peuvent précéder une perte sévère d'autonomie qui, une fois installée, est rarement réversible. Au stade de la fragilité il est encore temps et possible de revenir vers une trajectoire de vieillissement réussi. Il est donc nécessaire d'agir tôt.

Retrouver l'intégralité de l'interview sur www.midipyrenees.mutualite.fr